



医疗处方治疗表格 (非药物类)

提供者治疗要求表 | 学校健康办公室 | 2026-2027 学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏: _____ 名字: _____ 中名首字母: _____ 出生日期: _____
性别: 男 女 学生身份号码(OSIS): _____ 年级: _____ 班级: _____ 教育局学区: _____
学校 (包括ATS DBN/名称、地址和行政区): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this form for additional orders).

Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- Blood Pressure Monitoring
- Chest Clapping/Percussion
- Clean Intermittent Catheterization:
Cath Size _____ Fr.
- Central Line/PICC Line
- Dressing Change
- Feeding: Cath Size _____ Fr.
 Nasogastric G-Tube J-Tube Bolus
 Pump Gravity Spec./Non-Standard*
- Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #4
- Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.
- Ostomy Care
- Oxygen Administration - specify in #1,
including pulse oximetry
- Postural Drainage
- Pulse Oximetry - specify in #1
- Trach Care: Trach. Size _____
- Trach Replacement - specify in #4
- Trach suctioning: Cath Size _____ Fr
- Other: _____

Student will also require treatment: during transport on school-sponsored trips during afterschool programs

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-treats, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-treat
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

Diagnosis: _____ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
Diagnosis is self-limited: Yes No _____ _____ _____

1. Treatment required in school:

- Feeding: *Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings.**
Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider/specialist.
Formula Name: _____ Concentration: _____
Route: _____ Amount: _____ Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
- Flush with** _____ mL Before feeding After feeding
- Oxygen Administration:** Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
 pm O2 Sat < _____ % Specify signs & symptoms:
- Other Treatment:** Treatment Name: _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
Specify signs & symptoms:
- Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. **Emergency Treatment:** Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: _____ Terminated: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA
Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____
Address: _____ Email address: _____
Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

医疗专业人员的信息不完整, 将导致医药手续执行的延误
表格不能由驻院医生填写

2026年2月修订
家长必须在第2页签名

医疗处方治疗表格（非药物类）

提供者治疗要求表 | 学校健康办公室 | 2026-2027 学年
请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

1. 我同意，根据我子女的健康护理人员的说明，学校保存和施用我子女的医疗用品、设备和处方治疗法。

2. 我理解：

- 我必须把我子女的医疗用品、器材和治疗法交给学校护士/学校健康中心（SBHC）服务提供者。
- 我给予学校的所有用品都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学日所需的当前、未过期的医疗用品。
 - 用品、设备和治疗法都应标上我子女的姓名和出生日期。
- 如果我子女的治疗法或者健康护理提供者的说明有任何变化，我必须立即告知学校护士/SBHC 服务提供者。
- 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表信息的精确度。
- 我在这一表格上签名，表示授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
- 这份表格的治疗说明/手续的失效时间是我子女的学年结束（这可能包括暑期班）或者当我交给学校护士一份新的 MAF（取两者中较早的那个时间）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的健康护理提供者出具的 MAF。
- 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的医疗服务，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划”（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
- 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为所需要的有关我子女的健康问题、药物和治疗相关的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。

根据纽约州教育厅规定，不允许护士施用预混药物以及喂服。护士可以使用学生的主要医疗提供者预订的G-tube，准备和混合所需施用的药物和喂服剂量。

自己治疗（仅适用于能自己独立治疗的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行施用治疗法。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的治疗法。我负责根据上述说明把这些用品和设备交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/SBHC 服务提供者将确认我子女有自行施用治疗的能力。我也同意，交给学校一份清楚地标着“备用”（back up）字样的器材或用品，以备在我子女万一不能自我施用治疗时使用。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：__ 出生日期（月/日/年）：_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____

家长/监护人地址：_____

电话号码：日间：_____ 住宅：_____ 手机：_____

其他紧急联络人：

姓名：_____ 与学生的关系：_____ 电话号码：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only（仅供工作人员填写）

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified